

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle meldet sich wieder mit einer Falldiskussion.

## Bewertung des Falles aus Heft 1/2025

Zunächst wie gewohnt zur Bewertung unseres im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2025, dargestellten Falles, einer unter stationären Bedingungen zum Tode

führenden, letztlich unbehandelten gastrointestinalen Blutung. Mit Hinblick auf die uns zugegangenen Zuschriften, Sie finden diese auf Seite 32 f. dieser Ausgabe, soll die Entscheidungsfindung und die Bewertung etwas ausführlicher dargestellt werden.

Die Gutachterstelle hat – gestützt auf das Sachverständigengutachten (Hoch-

schulgutachter) und eine sehr kontrovers geführte Diskussion im Sachverständigenrat – keine, für den Todesfall ursächliche, Fehlbehandlung festgestellt.

Der Gutachter kommt zu der Feststellung, dass das Krankheitsbild bei einer zeitnah ausgeführten Gastroskopie gut behandelbar gewesen wäre und der Todesfall vermutlich vermeidbar gewesen

wäre. Er verweist allerdings auf die derzeit gültige Leitlinie zur Behandlung gastrointestinaler Blutungen, die für eine Gastroskopie in einer nicht akut bedrohlichen Situation (Glasgow-Blatchford-Score <6; bei der Patientin lag der GBS bei 5 Punkten) ein Zeitfenster von 72 h für die Ausführung der Gastroskopie einräumt und sieht vor diesem Hintergrund keinen, der Einrichtung anzulastenden Behandlungsfehler. Die Leitlinie begründet diese Empfehlung mit dem Hinweis auf Studien, die für Patienten mit einem GBS <6 kein Benefit für das Outcome bei einer Gastroskopie innerhalb von 24 bis 48 Stunden nachweisen. Das statistische Ergebnis lässt wie immer den Einzelfall unberücksichtigt.

Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle hat sich mehrheitlich der Argumentation des Gutachters angeschlossen. Eine Minderheit des Rates sieht jedoch in dem durch die Leitlinie eingeräumten großzügigen Zeitfenster keinen ausreichenden Rechtfertigungsgrund dafür, die in diesem Fall vermutlich lebensrettende Gastroskopie bei einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung auf den übernächsten Tag nach der stationären Aufnahme zu verschieben. Diese Minderheit hält unter stationären Bedingungen allenfalls ein Zeitfenster von 24 Stunden bis zur Ausführung der Gastroskopie für vertretbar.

Wir kommen damit zu einer Leitlinien-diskussion mit einer besonderen Fragestellung, die zugespitzt formuliert etwa lauten könnte: Ist der Tod einer Patientin unter Bedingungen, die eine Vermeidbarkeit des Todesfalles nahezu sicher garantieren, entschuldbar, sofern bei dem ärztlichen Handeln eine Leitlinie nicht verletzt wird? Diskrepanzen zu unserem hippokratischen Gelöbnis könnten hier deutlich werden... Jeder klinisch tätige Arzt wird seine

Antwort auf diese Fragestellung finden müssen. Wir würden uns freuen, wenn die Diskussion zu dieser Problematik mit den bisherigen Zuschriften und dieser Veröffentlichung noch nicht beendet wäre.

### Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Der Antragsteller ist Jahrgang 1960, er hat keine wesentlichen Begleiterkrankungen.

#### 15. November 2021

Vorstellung beim Antragsgegner (AG) (niedergelassener Facharzt für Chirurgie) wegen Schmerzen in der Schulterregion links mit Ausstrahlung in Brust und Nacken. Zuvor 3 x tgl. Ibuprofen 600 mg ohne wesentliche Besserung. Klinische Untersuchung: Myogelosen Schulter-Nackengebiet, Impingement der Schulter, Rö. Schulter und HWS: Schulter ohne wesentliche Pathologie, HWS mit deutlichen degenerativen Veränderungen, Injektionsbehandlung mit Triam/Lido injekt in die Bursa subacromialis, danach schnelle Besserung des Beschwerdebildes.

#### 17. November 2021

Zunehmende Schwellung und Rötung unterhalb des Schlüsselbeines links medial.

#### 21. November 2021

Stat. Aufnahme wegen faustgroßer Schwellung im Sterno-clavicularbereich links, CT: ausgedehnter Abszess um das Sterno-claviculargelenk links, Kompression der V. jugularis, CRP >200 Inzision, Drainage, Antibiose mit Unacid.

#### 23. November 2021

Zunehmende Sehverschlechterung, augenärztliches Konsil → sept. Endophthalmitis.

#### 24. November 2021

CT-Kontrolle, Abszess größtenteils konstant, pulmonal kleine kavernöse Befunde im linken Unterlappen und rechten Oberlappen Tb? → Tb-Diagnostik eingeleitet, Blutkultur

Staph. aureus → Wundrevision, Verlegung Infektiologie Maximalversorger.

#### 25. November 2021 bis 5. Januar 2022

Stat. Behandlung bei Maximalversorger unter folgender Diagnose:

Sepsis bei Spondylodiszitis BWK 11 und epiduralem Abszess BWK 11 - LWK 3; alle Blutkulturen und Abstriche Staph. aureus

- Tuberkulosedagnostik negativ
- NB: Äthyltoxische Leberzirrhose.

Der Antragsteller wirft dem Antragsgegner vor, die Abszedierung im Sterno-clavicularbereich links und die nachfolgende Sepsis durch eine nicht sachgerecht ausgeführte Injektion in die Schulterregion links verursacht zu haben und fordert Schadensersatz.

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf?

Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

Dr. med. Rainer Kluge  
Vorsitzender der Gutachterstelle  
für Arzthaftungsfragen  
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de



Zum Nachlesen  
„Aktueller Fall der Gutachterstelle“,  
Heft 1/2025